

**改正**

平成22年3月26日規則第21号

平成24年6月26日規則第26号

平成24年9月6日規則第33号

平成25年3月28日規則第13号

平成25年12月24日規則第50号

平成28年3月4日規則第12号

平成29年12月21日規則第51号

平成30年9月28日規則第31号

二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、二本松市子ども医療費の助成に関する条例（平成21年二本松市条例第1号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(受給資格登録申請)

**第2条** 条例第5条の規定による申請は、子ども医療費受給資格登録申請書（第1号様式）によるものとする。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

- (1) 子どもが条例第2条第3項に掲げる医療保険各法による被扶養者であることを証する書類の写し
- (2) 福島県乳幼児医療費助成事業補助金交付要綱に基づく補助金の交付の判定のための前年（次条に規定する受給資格者証の有効期間の始期が1月31日から5月31日までの間にある場合は、前々年）の所得及び市町村民税の課税の状況を確認できる書類又は同意書（第1号の2様式）
- (3) その他市長が必要と認める書類

3 前項各号に掲げる書類は、その内容を市長が確認できるときは、市長はこれを省略させることができる。

(受給資格者証)

**第3条** 条例第6条に規定する子ども医療費の受給資格者証は、子ども医療費受給資格者証（第2

号様式) によるものとする。

- 2 受給資格者証の有効期間は、子どもが出生した日又は本市へ転入した日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

(助成の請求等)

**第4条** 条例第8条第1項の規定により保険医療機関等が支払を受けようとするときは、診療報酬の例により社会保険診療報酬支払基金福島支部(以下「基金」という。)に請求しなければならない。

- 2 前項の場合において、二本松市、本宮市及び大玉村内に所在する保険医療機関等が、国民健康保険組合に加入する受給資格者分の支払を受けようとするときは、子ども医療費請求書(第3号様式)に子ども医療費連記式明細書(第4号様式)を添えて福島県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に請求しなければならない。
- 3 条例第8条第2項の規定により受給資格者が助成を受けようとするときは、保険医療機関等から保険診療の証明を受けた子ども医療費助成申請書(第5号様式)を市長に提出しなければならない。この場合において、当該保険医療機関等から保険診療の証明を受けることができない相当の理由がある場合には、保険診療に係る領収書の提出をもって当該保険医療機関等の証明に代えることができる。
- 4 前項の規定にかかわらず、市長と覚書を締結している柔道整復師の施術所(市内に所在するものに限る。)で施術を受け、当該柔道整復師に子ども医療費の受領を委任する場合は、子ども医療費助成申請書に代えて、子ども医療費助成申請書(柔道整復受領委任用)(第5号様式の2)を当該柔道整復師に提出しなければならない。
- 5 前項の子ども医療費助成申請書(柔道整復受領委任用)の提出を受けた柔道整復師が、子ども医療費の受領委任払分の支払を受けようとするときは、子ども医療費受領委任払請求書(第5号の3様式)に当該子ども医療費助成申請書(柔道整復受領委任用)を添えて市長に請求しなければならない。
- 6 第3項の子ども医療費助成申請書には、別表左欄に掲げる区分に応じて同表右欄に掲げる書類を添えなければならない。

(助成の決定及び通知)

**第5条** 市長は、前条第3項の規定により申請があったときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金の額を決定し、子ども医療費助成決定通知書(第6号様式)により申請者に通知するものとする。

2 市長は、前条第5項の規定により請求があったときは、その内容を審査し、当該請求に係る助成金の額を決定し、子ども医療費受領委任払支給決定通知書（第6号の2様式）により請求者に通知するものとする。

（届出事項等）

**第6条** 条例第9条第1項の規定による届出事項は、次に掲げるものとし、その届出は、子ども医療費受給資格内容等変更届（第7号様式）に第2条第2項各号に掲げる書類を添えて行うものとする。

- （1） 受給資格者及び子どもの双方又はいずれか一方の氏名又は住所
- （2） 加入している医療保険
- （3） 振込口座
- （4） その他市長が必要と認める事項

2 前項の規定にかかわらず、第2条第2項各号に掲げる書類は、その内容を市長が確認できるときは、市長はこれを省略させることができる。

（再交付の申請）

**第7条** 条例第9条第2項の規定による申請は、子ども医療費受給資格者証再交付申請書（第8号様式）によるものとする。

（受給資格者証の返還）

**第8条** 受給資格者が受給資格を喪失したときは、速やかに受給資格者証を市長に返還しなければならない。

（補則）

**第9条** この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

#### 附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成21年10月1日から施行する。

（二本松市小学生入院医療費の助成に関する条例施行規則の廃止）

2 二本松市小学生入院医療費の助成に関する条例施行規則（平成19年二本松市規則第4号）は、廃止する。

#### 附 則（平成22年規則第21号）

（施行期日）

1 この規則は、平成22年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定は、平成22年10月1日以後の医療行為等に係る医療費の助成から適用し、同日前における医療行為等に係る医療費の助成については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の二本松市小学生医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている用紙は、改正後の規則の様式の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

**附 則**（平成24年6月26日規則第26号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成24年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定は、平成24年10月1日以後の医療行為等に係る医療費の助成から適用し、同日前における医療行為等に係る医療費の助成については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている用紙は、改正後の規則の様式の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(二本松市乳児及び幼児医療費の助成に関する条例施行規則の廃止)

- 4 二本松市乳児及び幼児医療費の助成に関する条例施行規則(平成17年二本松市規則第66号)は、廃止する。

(二本松市乳児及び幼児医療費の助成に関する条例施行規則の廃止に伴う経過措置)

- 5 この規則による廃止前の二本松市乳児及び幼児医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成24年10月1日以前の医療行為等に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

**附 則**（平成24年9月6日規則第33号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成24年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている第5号様式は、改正後の規則の様式の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

**附 則**（平成25年 3 月28日規則第13号）

この規則中第 1 条の規定は公布の日から、第 2 条の規定は平成25年 4 月 1 日から施行する。

**附 則**（平成25年12月24日規則第50号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成26年 3 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定は、平成26年 3 月 1 日以後の医療行為等に係る医療費の助成から適用し、同日前における医療行為等に係る医療費の助成については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、現に改正前の二本松市子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定により交付されている子ども医療費受給資格者証（以下この項において「受給資格者証」という。）は、改正後の規則の規定により交付された受給資格者証とみなす。

**附 則**（平成28年 3 月 4 日規則第12号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 処分その他の行為についての不服申立てであってこの規則の施行前になされた処分その他の行為に係るものについては、なお従前の例による。

**附 則**（平成29年12月21日規則第51号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際現に作成されている改正前の規則の様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加え使用することができる。

**附 則**（平成30年 9 月28日規則第31号）

この規則は、平成31年 4 月 1 日から施行する。

**別表**（第 4 条関係）

区分	提出書類
1 一部負担金が21,000円以上で高額療養費に	高額療養費支給決定通知書等又は高額療養

<p>該当している国民健康保険法(昭和33年法律第192号)適用者以外の医療保険各法適用者の場合</p>	<p>費の積算基礎を明らかにした書類</p>
<p>2 一部負担金が21,000円以上で高額療養費に該当しない場合</p>	<p>高額療養費支給に関する申立書(第5号様式)</p>

**第1号様式(第2条関係)**

受給資格要否	加入保険
要・否（理由）	附加給付 有・無

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

二本松市長

住 所 二本松市  
申請者 氏 名 印  
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので受給資格登録を申請します。  
なお、福島県乳幼児医療費助成事業補助金交付要綱に基づく補助金の交付の判定のために、市町村民税に関する情報を調査することに同意します。

受給資格者 (保護者等)	住 所	二本松市				
	フリガナ		生			
	氏 名		年	月	日	子どもとの関係
	個人番号 (マイナンバー)					

子 ども (対象者)	住 所	二本松市				
	フリガナ		生			
	氏 名		年	月	日	性 別 男・女
	フリガナ		生			
	氏 名		年	月	日	性 別 男・女
	フリガナ		生			
氏 名		年	月	日	性 別 男・女	

加 入 保 険	フリガナ					
	被保険者名	保険者コード				
	被保険者証の発行機関					
	同所在地					
	記 号		番 号			
	勤 務 先	電話番号				

振 込 口 座	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所	種別	口座番号				
	口座名義 (受給資格者と同一としてください。)							

第1号の2様式 (第2条、第6条関係)

二本松市長

同 意 書

下記の者は、二本松市の国保年金課が二本松市子ども医療費の助成に関する条例第 条第 項に基づく福島県乳幼児医療費助成事業補助金交付要綱の補助金交付判定のために限って 年度の市町村民税に関する情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

第2号様式（第3条関係）

(表)

子ども医療費受給資格者証			
公費負担者番号			
受給資格者証番号			
受給資格者	氏名		男・女
	住所		
子ども	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
	住所		
有効期間		年	月 日から 年 月 日まで
発行機関名 及び び 印		福島県二本松市長	
交付年月日		年	月 日

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療のみに適用されるので、診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等に提示してください。
- 3 医療機関等窓口で一部負担金が生じた場合は、子ども医療費助成申請書に医療機関等から保険診療の証明を受け、市長に提出してください。
- 4 次の事由が生じたときは、必ず届けてください。
  - ① 氏名に変更があったとき。
  - ② 住所に変更があったとき。
  - ③ 加入保険に変更があったとき。
  - ④ 振込口座に変更があったとき。
- 5 受給資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、すみやかに返還してください。

第3号様式（第4条関係）

区分 99 識別

二本松市長  年  月分 子ども医療費請求書

社保等用	市町村番号	県番号	医療機関コード
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり請求する。  
年 月 日

明細書枚数 枚	件 数 件	総 点 数 点	請 求 額	
			一部負担金 円	食事療養費標準負担額 円
<input type="text"/>				

第4号様式（第4条関係）



子ども医療費助成申請書						
受給資格者記入欄	二本松市長		年 月 日			
			住所 二本松市		印	
受給資格者証番号		フリガナ 子ども氏名	生年月日	年 月 日		1 通院 2 入院 3 薬局
<p>◎ 受領金額が21,000円以上の場合は、次の質問にお答えください。(入院時食事療養費は含まれません。)</p> <p>1 お子さんと同じ保険証に加入している方に○を付けてください。(お子さんからみて)            父 母 兄 姉 弟 妹 その他( )</p> <p>2 1のうちお子さんが診療を受けた月に、同じ保険証に加入している方で21,000円以上の診療を受けた方(お子さんを含む同一保険加入の方)がいて、その合計額が自己負担限度額を超えていますか。            該当する方に○をつけてください。 はい ・ いいえ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「はい」の方は加入している保険者が発行する「高額療養費支給決定通知書」等を添付して、高額療養費支給額がわかるように申請してください。</li> <li>・ 「いいえ」の方は下記の「高額療養費支給に関する申立書」に記入してください。</li> </ul>						
<p>高額療養費支給に関する申立書</p> <p>本件は、高額療養費に該当しないことを申し立てます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申立者 氏 名 印</p>						

保険診療証明書				
医療機関等証明書欄	下記のとおり証明いたします。			
	年 月 日	医療機関コード _____		
診療科 _____		医療機関・薬局	所在地 名 称 氏 名	印
診療年月		年 月分	保険診療点数	点
通院・入院等の別		通院 入院 薬局	受領金額① (保険診療分のみ額)	円
診療日数		日		
入院期間		年 月 日から 年 月 日まで	定額負担月額 (a)×(b) ②	円
入院時食事療養費		食事提供数 回(a) 定額負担額 円(b)		
合計受領金額 ①+②				円

第5号の2様式 (第4条関係)



子ども医療費受領委任払請求書

年 月 日

二本松市長

受任者

施 術 所 住 所

名 称

電話番号

柔道整復師 氏 名

印

子ども医療費助成を下記のとおり請求します。

記

- 1 請求年月 年 月 請求分
- 2 請求件数 \_\_\_\_\_ 件
- 3 請求金額 \_\_\_\_\_ 円
- 4 振込先

金融機関名	銀行	支店
口座の種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

第6号様式（第5条関係）

第 号  
年 月 日

子ども医療費助成決定通知書

さきに助成申請ありました子ども医療費について審査の結果、表記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

二本松市長 印

様の 月支給分の医療費を振り込みましたので通知いたします。明細は、下記のとおりです。

診療年月	医療機関・診療科名	助成額
年 月	入院・外来	
小 計		円
合 計		円

教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は、市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の訴えを提起することができなくなります。）。  
ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第6号の2様式（第5条関係）

第 号  
年 月 日

子ども医療費受領委任払支給決定通知書（医療機関）

二本松市長

印

支給申請のあった、子ども医療費助成について支給が決定しましたので、下記のとおり通知いたします。

記

医療機関番号

医療機関名称

支給額

振込日

振込先

教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は、市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の訴えを提起することができなくなります。）。

ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第7号様式（第6条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届				
受給資格者	受給資格者証番号			
	氏名		電話	
	住所	二本松市		
子ども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	二本松市		
変更事項	変更事由及び変更月日		年 月 日	
		新	旧	
	氏名			
	住所	二本松市	二本松市	
	受給資格者証番号			
	加入保険	記号番号		
		被保険者名		
		保険者番号		
		保険者名		
	振込口座	金融機関名		
支店名				
口座番号				
<p>上記のとおり変更が生じたので、受給資格者証を添えてお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>二本松市長</p> <p>受給資格者 住所 二本松市</p> <p>氏名 印</p>				

第8号様式（第7条関係）

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

受給資格者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			子どもとの続柄
	加入保険			
	記号番号			
	保険者名			
子ども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
<p>子ども医療費受給資格者証を 損傷 したので再交付願いたく申請します。                  亡失</p> <p>年 月 日</p> <p>二本松市長</p> <p style="text-align: right;">住所                  申請人                  氏名 印</p>				